

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者等記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																													
					年 月 日																																	
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)								続柄				○業務上・外、第三者行為の有無																							
			男・女												(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他())																							
															○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																							
年 月 日生																																						
施術内容欄	初療年月日				施術期間												実日数				請求区分																	
	年 月 日				自 年 月 日 ～ 至 年 月 日												日				新規・継続																	
	傷病名及び症状																								転 帰													
																									継続・治癒・中止・転医													
	施術料	マッサージ(施術料)						同意部位 施術回数		(軀幹) 回		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回		摘 要																		
		通所						円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 1						円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 2						円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3(3人～9人)						円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3(10人以上)						円× 回＝ 円																														
		温 罨 法(加 算)						円× 回＝ 円																														
		温罨法・電機光線器具(加 算)						円× 回＝ 円																														
		変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可						同意部位 施術回数		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回																						
								円× 回＝ 円																														
		特 別 地 域(加 算)						円× 回＝ 円																														
往 療 料						円× 回＝ 円																																
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円× 回＝ 円																																
合 計						円																																
施術日		訪問1①		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
通所○		訪問2②																																				
往療◎		訪問3③																																				
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																						
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																保健所登録区分				1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地																	
	年 月 日																住 所																					
	免許登録番号																氏 名 電話																					
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																					
	年 月 日																住所																					
同意記録	同意医師の氏名				住 所								同 意 年 月 日								傷 病 名								要加療期間									
													年 月 日																									

《 申請にあたっての注意事項 》 （健康保険組合へ直接申請してください。）

- ・申請書は暦日1ヶ月単位で作成してください。
 - ・申請書を提出する際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。
 - ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術者へ記入を依頼してください。
- 「同意記録」欄を記入し医師の同意書(原本)を添付してください。医師の同意は6か月間を有効としますので、施術が6か月を越えて継続するときは、再度医師から同意書の交付を受けてください。ただし、初療日から6か月までの間、2回目以降の申請には当初の同意書の写しを添付してください。
- ・申請された療養費は審査の上、当初届け出られた貴殿名義の口座に振込みいたします。

※ 不明な点は健康保険組合までお問い合わせください。